

福建省厦门市团体标准

T/XMJX 002—2024

家政服务规范 家庭护理

第4部分：居家病人陪护

2024 - 01 - 05 发布

2024 - 01 - 08 实施

厦门市家庭服务业协会 发布

目 录

前言	II
引言	III
1 范围	1
2 规范性引用文件	1
3 术语和定义	1
4 基本要求	1
5 服务流程	2
6 服务内容	3
6.1 居家病人的环境卫生	3
6.2 居家病人的病情观察	3
6.3 居家病人的生活照护	4
6.4 居家病人的用药照护	9
6.5 居家病人的安全照护	10
6.6 居家病人的心理照护	14
7 服务质量评价	15
附录 A（资料性）表 A.1 服务验收单	16
附录 A（资料性）表 A.2 生活自理能力评定表	17
附录 A（资料性）表 A.3 鼻饲异常情况的原因及解决方案	18
附录 B（规范性）表 B.1 协助病人清洁口腔操作流程	19
附录 B（规范性）表 B.2 协助病人床上洗头操作流程	20
附录 B（规范性）表 B.3 床上擦浴操作流程	21
附录 B（规范性）表 B.4 鼻饲照护操作流程	22
附录 B（规范性）表 B.5 协助病人离床活动操作流程	23
附录 B（规范性）表 B.6 协助病人使用轮椅操作流程	24
附录 B（规范性）表 B.7 协助病人使用坐便器操作流程	25
附录 C（资料性）表 C.1 海姆立克急救法操作流程	26
附录 C（资料性）表 C.2 心肺复苏操作流程	27

前 言

本文件按照 GB/T.1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由厦门市金圣元管理服务有限公司提出。

本文件由厦门市家庭服务业协会归口。

本文件起草单位：厦门金圣元管理服务有限公司、厦门大学附属中山医院、厦门市标准化研究院。

本文件主要起草人：钱国平、康丹丹、李俊毅、蔡弘、张金梅。

引 言

家庭护理服务是家政服务的重要内容之一，是以家庭为服务对象，由专业家政服务人员提供的有偿服务。为了保证家庭护理服务的有效开展，规范、推广家庭护理服务的内容和要求，提升服务质量，对家庭护理服务确立规范成为了厦门市家政服务行业开展标准化工作亟需的需求。本标准旨在确立适用于厦门市家政服务行业提供出院后的病人提供居家陪护服务的企业、机构、服务人员、服务内容等方面的准则。

家政服务规范 家庭护理

第4部分：居家病人陪护

1 范围

本团体标准规定了居家病人陪护服务的术语和定义、基本要求、服务内容、服务质量评价等方面的内容。

本文件适用于家政服务组织与家政服务人员为出院后的病人提供的居家陪护服务。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

DB3502/T 051—2019 家政服务规范 通用要求

3 术语和定义 下列术语和定义适用于本文件。

3.1 病人 Patient

通常是指患有疾病、忍受疾病痛苦的人，是医疗护理服务的对象。当一个人患病之后，不管是否从医生处得到证实，这个人就获得了病人角色，原有的社会角色就会部分或全部被病人角色所取代。本标准中的服务对象为处于康复期出院后的居家病人。

3.2 居家病人陪护护理员 Patient home-care worker

指为病人提供居家陪护服务的医疗护理员，须经医疗护理员培训合格后获得相关部门颁发的岗位证书。

3.3 居家病人陪护护理服务 Patient home-care services

以出院后的病人为主要服务对象，为需要照顾的病人在家中提供居家陪伴关怀、生活照护、辅助活动和功能康复等辅助护理服务，协助维护病人的卫生、仪容仪表，促进功能康复，保障居家安全，提高居家生活质量，减轻病人的痛苦和家属的负担，为家属解决后顾之忧。

3.4 生活自理能力 Activities of Daily Living , ADL

指一个人为了满足日常生活的需要每天所进行的必要活动的的能力。日常生活活动包括进食、梳妆、洗漱、洗澡、如厕、穿衣等，功能性移动包括翻身、从床上坐起、转移、行走、驱动轮椅、上下楼梯等。生活自理能力评定见附录 A，表 A.2。

生活不能自理：ADL 评分 \leq 40 分为严重功能障碍，日常生活明显依赖他人。

生活部分自理：ADL 评分 45~60 分为中度功能缺陷，大部分生活需要他人照护。

生活基本自理：ADL 评分 65~95 分，为轻度功能缺陷，少部分需要他人照护。

生活完全自理：ADL 评分 100 分。

4 基本要求

4.1 服务组织要求

4.1.1 应为病人居家陪护护理员投保意外伤害保险、家政责任保险，保障病人居家陪护护理员的基本权益，维护居家陪护护理员队伍的稳定。

- 4.1.2 宜为客户购买食品安全责任险及相关家政服务类保险,当出现食源性疾患或物品损坏时,家政服务组织应积极为客户进行理赔申报。
- 4.1.3 应建立完善的服务流程和管理制度,确保服务质量和效率。
- 4.1.4 应定期对服务人员进行培训和考核,提高服务人员的专业素养和服务质量。
- 4.1.5 应建立完善的投诉处理机制,及时处理病人的投诉和意见反馈。

4.2 人员要求

- 4.2.1 必须在国家家政行业主管部门要求的家政服务业信用体系平台录入并实现人证合一。
- 4.2.2 持证上岗。必须有上门服务证,需经医疗护理员培训合格后获得相关部门颁发的岗位证书。掌握居家病人护理的基础知识,具备相关服务技能和基本的服务礼仪和行为规范等,具有良好职业道德和法律安全意识,掌握必要的消防安全知识。能够保证病人居家陪护的护理质量,减少生活护理安全隐患。
- 4.2.3 必须持有有效的健康证,在常规体检项目检查合格的同时,还应进行幽门螺杆菌、乙肝、新型冠状病毒等可经飞沫、唾液或粪口途径传播疾病的项目检查,检查结果应为无感染或无携带,必要时进行乙肝疫苗接种。
- 4.2.4 特殊时期应持有根据相关政策要求进行的相关项目健康检查合格证明。
- 4.2.5 应遵守职业道德和职业规范,尊重客户生活习俗和宗教信仰,尊重病人权益,保护病人隐私,遵循保密原则。

4.3 服务方式

- 住家服务;
- 定制服务。

5 服务流程

5.1 服务前

- 5.1.1 家政服务组织应与客户确认服务方式、服务时间、服务地址、病人自理能力情况和病情、病人用药及食物过敏源(食物过敏源的信息见 DB3502/T 057.1--2020 中的附录 A)、收费标准,并签订服务协议(可与病人或家属进行纸签或通过手机 APP 签订)。
- 5.1.2 家政服务组织应按照与客户确定的情况安排居家病人陪护护理员。

5.2 服务中

- 5.2.1 居家病人陪护护理员应按照约定服务时间到达服务地点,主动向客户出示上岗证件、健康证、常规体检合格证明、无感染或无携带幽门螺杆菌、乙肝、新冠等可经飞沫、唾液或粪口途径传播的疾病或病毒的证明。
- 5.2.2 与客户确认病人诊断和自理能力情况,约定服务内容,服务所需用具(轮椅、床品、坐便器、清洁消毒器具、气垫床、洗头盆等)有无原始损坏,客户提供的食材、药品有无问题,并做好记录。
- 5.2.3 应按照服务协议与第 6 章的规定进行规范服务。

5.3 服务后

- 5.3.1 居家病人陪护护理员应在服务结束前,请客户填写服务验收单(服务验收单相关示例见附录 A,表 A.1)并提交给家政服务组织。
- 5.3.2 应在服务结束后整理好用物,做好医疗垃圾和生活垃圾分类并带走,主动向客户展示携带的物品,与客户礼貌告别。

5.3.3 家政服务组织应在服务完成后对客户进行满意度调查回访。

6 服务内容

6.1 居家病人的环境卫生

6.1.1 保持房间环境整洁舒适，每日清洁整理不少于1次。

6.1.2 每天至少开窗通风2次，每次30分钟，保持室内空气清新。通风时避免病人吹到对流风。

6.1.3 室内保持温湿度适宜，并根据季节以及个人对温、湿度的敏感程度来调节，使病人感觉舒适，精神愉快，以保持良好的精神状态。

6.1.4 保持床铺干净整洁，床上用品应每周更换1次，如有排泄物等污染到应及时更换。

6.1.5 做好手卫生，包括洗手和卫生手消毒。洗手是用肥皂和流动水洗手，去除手部皮肤污垢、碎屑和部分致病菌的过程，应按照七步洗手法进行洗手。卫生手消毒是用速干手消毒剂揉搓双手，以减少暂居菌的过程。

手卫生遵循的原则：（1）在为病人做任何照护操作前均应先洗手。

（2）当手部有肉眼可见的污染时，应用肥皂和流动水洗手。

（3）手部没有肉眼可见污染时，可使用卫生手消毒代替洗手。

（4）在接触病人的血液、体液、分泌物前，必须先戴好一次性手套，接触后或处理病人的污物后，均应先洗手再进行卫生手消毒。

6.1.6 垃圾分类与管理

根据《厦门经济特区生活垃圾分类管理办法》做好客户家庭的垃圾分类与管理。

——可回收物：指废弃的纸张、塑料、金属、纺织物、电器电子产品、玻璃等可资源化利用的物质；

——厨余垃圾：指废弃的剩菜、剩饭、蛋壳、瓜果皮核、茶渣、骨头等在日常生活中产生的易腐性垃圾；

——有害垃圾：指废弃的充电电池、扣式电池、荧光灯管（日光灯管、节能灯等）、温度计、血压计、药品、杀虫剂、胶片及相纸等生活垃圾中对人体健康或者自然环境造成直接或者潜在危害的物质；

——其他垃圾：指除可回收物、厨余垃圾和有害垃圾之外的生活垃圾。

——低值可回收物：指可以回收但加工价值低的物品。根据市垃分办印发的《指导目录》低值可回收物共分为五大类分别是废玻璃、陶瓷类、废塑料、废纸、废纺织衣物等。

——医疗废物：属于有害垃圾，需要用专门的医疗废物袋单独收集和存放，等到量较大时统一投放到指定的垃圾收集点或医院的医疗垃圾处置中心。



6.2 居家病人的病情观察 病人主诉疼痛不适或者观察到病人病情有变化，如发生低血糖表现等，护理人员应及时对症处理，通知家属，必要时协助就诊，以免延误病情，防止发生意外，做到安全有效地照护。

6.2.1 生命体征

——体温：腋下体温正常值为36~37℃，体温突然升高多见于急性感染。

——脉搏：正常成人在安静时脉率60~100次/分钟，正常脉搏节律为有规则、均匀的搏动。

——呼吸：正常成人在安静时呼吸16~20次/分钟，呼吸频率和深度均匀平稳。

——血压：正常成人上肢收缩压90~140mmHg，舒张压60~90mmHg，脉压差30~40mmHg。血压过高或过低均应引起重视。

6.2.2 血糖

血糖指血液中的葡萄糖，过高或过低均不利于机体的正常功能。空腹血糖正常参考值 3.9~6.1mmol/L，餐后 2 小时血糖 5.1~7.8mmol/L。服用降糖药或注射胰岛素的糖尿病病人，要协助监测血糖，识别异常血糖，关注有无心慌、大汗、颤抖、面色苍白等低血糖反应，降低相关风险。

6.2.3 饮食与睡眠

观察居家病人的食欲、食量、饮水量，有无厌食等情况。观察休息的方式、睡眠的习惯，是否有难以入睡、易醒、失眠、嗜睡等现象。

6.2.4 排泄

注意观察排泄物的颜色、性状、量、气味等，长期卧床的病人要观察有无尿潴留和便秘。

6.2.4.1 排尿

——正常新排出的尿液呈淡黄色、澄清、透明，放置后可出现絮状沉淀物。

——长期放置后因尿素分解产生氨，会有氨臭味。新鲜尿有氨臭味考虑泌尿道感染，尿液呈烂苹果味考虑糖尿病伴酮症酸中毒。

——成人白天排尿排尿 3~5 次，夜间 0~1 次，每次尿量约 200~400ml，每 24 小时排尿量约 1000~2000ml，平均 1500ml。出现尿频、尿急、尿痛和排尿不尽等症状，多见于泌尿系统感染。

——学会辨别异常排尿及尿液，必要时留取尿液标本，并通知家属联系医务人员或送检。

6.2.4.2 排便

——正常粪便柔软成形，主要为食物残渣，并含有极少量混匀的黏液，与直肠的性状相似。便秘时大便干结、坚硬呈栗子样；消化不良或急性肠炎时呈糊状或水样便。

——正常成人的粪便呈黄褐色或棕黄色。漆黑光亮的柏油样粪便见于上消化道出血；暗红色便见于下消化道出血；陶土色便见于胆道完全阻塞；粪便表面鲜红或排便后滴鲜血，见于肛裂、痔疮出血。

——成人每天排便 1~3 次，平均每次量为 150~300g。如果每天排便超过 3 次或每周少于 3 次，均为排便异常。消化不良或急性肠炎，排便次数可增多；便秘或肠梗阻时排便次数减少甚至停止排便。

——学会辨别异常排便及粪便，必要时留取粪便标本，并通知家属联系医务人员或送检。

6.3 居家病人的生活照护

根据病人自理能力情况和病情需求，给予病人基本的生活照顾，关心体贴病人，保证病人居家陪护的护理质量，减少病人居家生活中的安全隐患。

6.3.1 清洁照护

居家病人陪护护理员应为病人提供安全、有效、舒适的清洁照护服务，使病人保持良好的清洁卫生状况，促进舒适与健康。

在进行清洁照护前，首先应了解居家病人的病情、意识状态、自理能力、卫生状况、配合程度等，评估其是否卧床，有无肢体活动受限，口腔、头发、皮肤等有无异常，自行清洁的能力，判断病人需要部分协助还是完全协助，从而提供相应的清洁照护措施。

6.3.1.1 口腔清洁

——指导病人早、晚刷牙，餐后漱口，保持口腔湿润，培养良好口腔卫生习惯，协助维持口腔卫生，预防感染，减少口腔健康问题。

——对于不便自己刷牙或有口腔疾患的病人，护理员应用棉棒或棉球蘸取清水或特殊溶液为其清洁口腔，以去除口腔牙齿上的残留物，减少细菌繁殖，预防口腔感染；防止病人口腔黏膜干燥、破裂，保持口腔湿润，清除口臭，增进食欲。具体操作流程见附录 B，表 B.1。

——有活动性义齿的病人，应先取出再刷洗干净。上牙义齿轻轻向外下方拉动，下牙义齿轻轻向外上方拉动。义齿暂时不用时，应浸泡于冷开水中并每天换一次清水。不可浸入热水，也不能用酒精等消毒溶液浸泡或消毒，防止变形、变色、老化。

6.3.1.2 头发清洁

包括头发的梳理和清洗。梳理和清洗头发可清除脱落的头发、头屑、污垢，保持头发清洁，使病人感到舒适、美观；按摩头皮，促进血液循环，促进头发的代谢生长；预防头虱等；维护病人的自尊自信，建立良好照护关系。

护理员应每周至少为病人清洗 1~2 次头发，以头发清洁、不油腻、不干燥为宜。对生活部分自理或不能自理的病人，应予协助床上梳头和洗发，操作流程见附录 B，表 B.2。

6.3.1.3 皮肤清洁

6.3.1.3.1 面颈部清洁

——为病人的面颈部进行清洁，每天至少早晚各一次；
——清洁面部后，干性皮肤者适当涂抹面霜，避免干燥引起脱屑；
——要先试水温，动作轻柔，根据水温和擦洗部位及时添加或更换热水；
——眼部分泌物干结，应先用温湿毛巾覆盖，等软化后再擦，以免损伤皮肤引起疼痛不适；
——清洗过程中要观察病人反应并询问感受，出现寒战、面色苍白等要立即停止擦洗，让其休息并注意保暖。

6.3.1.3.2 手、足清洁及修剪指（趾）甲

——为不能自行清洁的病人清洗手、足，去除污垢，保持清洁，预防感染。
——洗手每天至少早晚各一次，手上有明显污渍要随时清洗，在进餐前及排便后也应洗手或擦拭双手。每晚睡前足部清洁。
——协助进行手部清洁时，应注意病人手掌、手指、指缝、指甲的清洁。
——偏瘫的病人应在健侧试温，先洗健侧，再洗患侧。
——修剪指（趾）甲要沿指（趾）甲弧度修剪，每周不超过 1 次，以免指（趾）甲向肉里生长。

6.3.1.3.3 沐浴

——自理病人沐浴时，时间控制在 20 分钟以内，进餐 1 小时后才可沐浴。护理员应协助做好沐浴前准备工作，包括关闭门窗（勿反锁），用物放于易取的地方，调节水温 41~45℃ 等。护理员应在浴室门外等候，注意询问病人情况，必要时随时准备进行协助，防止发生晕厥、滑倒、烫伤等意外。若发生晕倒，要迅速抬出浴室，平卧、保暖、呼救。

——长期卧床、制动或活动受限及身体虚弱而无法自行洗浴者，护理员应予床上擦浴，操作流程见附录 B，表 B.3。

6.3.2 饮食照护

病人饮食应多样化，营养充足，注意少量多餐，对于咀嚼能力下降的病人，饭菜应煮软烧烂，如软饭、粥、面线等，吞咽困难的病人可选择软食、半流质或糊状食物。

6.3.2.1 饮食加工基本方法

——将食物切小切碎，或延长烹调时间。
——肉类食物可切成肉丝，也可剁碎制作成肉丸食用。鱼虾类可做成鱼片、虾仁等。
——坚果、杂粮等坚硬食物可碾碎食用，如芝麻粉、核桃粉、玉米粉等。
——质地较硬的水果或蔬菜可榨汁食用。

6.3.2.2 进食前的照护

——根据病人的一般情况、自理能力、饮食习惯和特殊饮食要求，提供合适的进食方式，协助其进水、进食，做好病人进食前的清洁卫生工作，保证水和食物的卫生。

——准备整洁、空气清新的进餐环境。

——评估大小便情况，如有需要予以协助。洗手和清洁口腔。

——准备进餐用物，必要时将围裙、餐巾围于病人胸前，避免污染衣服、床单位，必要时准备带有吸管的水杯。

——如餐前需要用药，需协助病人服药后再进食。

——取舒适的进餐姿势，不便下床者可坐位或半坐位，放置跨床小桌。如果患侧在下容易造成食物残留在口腔或漏出，因此偏瘫者协助取健侧在下的侧卧位，头部垫高并予适当支托，从健侧喂食。

6.3.2.3 进食中的照护

——食物温度适宜，避免过冷、过热，防止烫伤。

——能自行进食者，将食物、餐具放在病人易于拿取的位置，鼓励其自行进餐。

——不能自行进食者应给予喂食。喂食量要合适，以汤匙的三分之一为宜。速度适中，等完全咽下后再喂食下一口，不要催促病人，以便于充分咀嚼和吞咽。进食顺序合理，主食、菜、汤应交替喂食，流质饮食可用吸管吸吮。对食欲不振或咀嚼吞咽功能减退的病人，减少一口进食量。避免筷子、汤匙碰到牙床和牙齿。

——进食时告知病人细嚼慢咽，不要边进食边说话，以免呛咳，同时保持口腔周围的清洁。

——注意观察并及时处理异常情况。（1）若进食过程中出现恶心，可鼓励其深呼吸并暂停进食。（2）若病人出现呕吐，应及时将病人头偏向一侧，防止误吸；提供装呕吐物的容器；尽快清除呕吐物并及时更换被污染的被服等；开窗通风，去除室内不良气味；协助病人漱口或给予口腔护理，去除口腔异味；询问病人是否要继续进食，不愿继续进食者，将食物妥善保存，等需要进食是加热后再予进食。（3）若发生呛咳，应立即停止喂食，并协助拍背。

6.3.2.4 进食后的照护

——及时撤去餐具，清理食物残渣，整理好衣物及床单位。

——协助病人饭后洗手、漱口，并用餐巾擦拭嘴角，保持清洁舒适。偏瘫者要查看口腔中是否有食物残留。

——如餐后需要用药，需协助病人服药。

——情况允许的话，餐后半小时内尽量保持坐位或半卧位，防止食物反流导致误吸。

6.3.3 鼻饲照护

鼻饲（nasogastric feeding）指将鼻胃管经一侧鼻腔插入，经由咽部、通过食管到达胃肠道，从管内分次灌入鼻饲饮食、水和药物的进食方式。

适用于不能安全有效经口进食者，如昏迷、痴呆的病人，脑血管意外导致经口进食困难、进食后出现严重呛咳的病人，上消化道肿瘤引起吞咽困难病人，口腔手术后、口腔疾患或拒绝进食的病人等。目的是保证病人摄入足够的营养、水分和药物，以维持病人营养和治疗的需要。

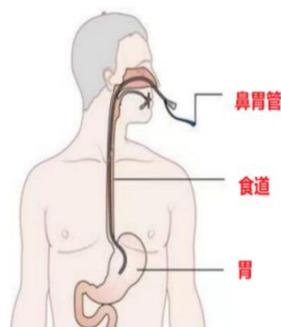
6.3.3.1 鼻饲种类 包括混合奶、匀浆膳、要素饮食三类。

——混合奶：牛奶、豆浆、藕粉、肉汤、新鲜果汁菜汁等。适用于身体虚弱、消化功能差的鼻饲病人。

——匀浆膳：将混合食物用电动搅拌机搅拌打碎成均匀的混合浆液。主要成分包括米饭、面条、粥、鱼、虾、肉末、蛋、蔬菜、油、盐等。适用于消化功能较好的鼻饲病人。

——要素饮食：是一种精制鼻饲液，含有人体必需的易于消化吸收的营养成分，无需经过消化过程即可直接被肠道吸收利用，为人体提供热量及营养。适用于消化不良、非感染性严重腹泻、慢性消耗性疾病等病人。

6.3.3.2 鼻饲液配制



——鼻饲需要一个适应过程，开始时少而清淡，以后逐渐增多。昏迷或长时间未进食者，第1~2天以混合奶为主，每次50~100ml，4小时喂一次，如无不适，从第3天起可进匀浆饮食。长期进食匀浆饮食的，每次灌注量包括水在内的200~400ml，每天3~4次。每日总量在1500~2000ml之间。

——鼻饲液配制应结合病情选择不同配方，高热、呼吸道感染、昏迷、伤口愈合等，要增补优质蛋白及热量。

——鼻饲液要细软无渣，避免堵塞鼻饲管。严格注意操作卫生，所有用具必须洗净消毒，注意手部清洁，防止细菌感染。

——配制的原料新鲜，配制好的饮食应在24h内食用。

6.3.3.3 判断鼻饲管是否在胃内的方法

——抽吸胃液法：用灌注器连接胃管末端进行抽吸，看是否有胃液或胃内容物被抽出，若有则证明胃管在胃内。

——气过水声法：用灌注器连接胃管末端，向胃管内快速注入10~20毫升空气，同时用听诊器在胃区听是否有气过水声，若有则证明胃管在胃内。

——观察气泡法：用水杯装半杯清水，将胃管末端放入水杯浸没到水面下，观察有无气泡溢出。无气泡溢出表明胃管在胃内；如有大量气泡溢出表明误入气管。

6.3.3.4 鼻饲照护技术

——评估沟通：评估病人病情、营养情况、合作程度，以及鼻饲饮食的种类、量、温度

——鼻饲前准备：环境整洁，无异味，温湿度适宜；护理员衣着整洁，洗手；取得病人配合，必要时协助排便。

——物品准备：小碗、垫巾、听诊器、灌注器、毛巾、纱布、胶布、装有100毫升温开水的水杯、鼻饲饮食（38~40℃）、记录本。

——具体操作流程见附录B，表B.4。

6.3.3.5 鼻饲照护注意事项

——每次鼻饲前护理员应确定胃管在胃内并且通畅，抽吸胃内容物时发现呈深棕色或其他异常时应及时就诊。

——摇高床头或垫高上半身，用少量温水冲管后再喂食。鼻饲完毕后再注入少量温开水冲管，防止鼻饲液凝结导致堵管。鼻饲后保持半卧位；能行走的患者，可适当慢走促进消化。

——鼻饲液温度38~40℃左右，避免过冷过热；每次鼻饲量不超过200ml，灌注时间15~20分钟，两次鼻饲间隔时间不少于2小时。

——新鲜果汁和奶液要分别注入，防止产生凝块；药片要研碎溶解后注入。

——每次抽吸鼻饲液后应反折胃管末端，以免注入空气导致腹胀。

——鼻饲前后30分钟以内禁止拍背咳嗽，以免引起胃液或食物返流误吸。

——长期鼻饲者要每天早晚做好口腔清洁。

——固定好病人鼻饲管防止管道滑脱。观察病人鼻饲管固定处的皮肤，更换鼻贴时轮换位置，以免发生压力性损伤。

——鼻饲过程中密切观察，出现恶心、呕吐、呼吸困难、发绀、憋气、剧烈咳嗽等情况要立即停止鼻饲。常见鼻饲异常情况的原因及解决方案见附录A，表A.3。

6.3.4 卧位照护 根据病人自理能力和病情需要进行卧位照护，使病人保持舒适、安全的卧位，保证皮肤完整，防止产生压力性损伤。

6.3.4.1 卧位种类 卧位应符合人体力学要求，尽可能扩大支撑面，降低病人重心，使体重能够平均分布在身体的各个负重部位，同时要注意使各关节维持在功能位。

- 清醒并活动自如的病人，可根据情况取舒适卧位并定时更换体位。
- 昏迷病人宜取仰卧位，头偏向一侧，两臂放于身体两侧，两腿伸直，自然放平。
- 为避免局部组织长期受压，预防压力性损伤，侧卧位与仰卧位交替。
- 胃肠胀气者，可采取俯卧位，使腹腔容积增大，缓解胃肠胀气所致的腹痛。
- 体质虚弱或心肺疾病引起呼吸困难者，可取半坐卧位，使回心血量减少，减轻肺淤血和心脏负担；同时使膈肌位置下降，减轻腹腔脏器对心肺的压力，利用气体较好，改善呼吸。

6.3.4.2 卧位变换

- 长期卧床的病人，身体各部位要适当活动，帮助按摩四肢和踝泵运动，促进血液循环，预防深静脉血栓的发生。还应帮助其拍背，促进呼吸道分泌物咳出，避免发生坠积性肺炎。
- 要督促其经常变换体位，活动能力弱或不能自主活动的病人，要协助其定时翻身，必要时可使用翻身垫，避免局部皮肤长时间受压发生压力性损伤。
- 改变卧位时要帮助活动关节，如有关节扭伤或骨折急性期不宜活动相应关节。
- 协助病人床上移动或翻身时，要先将病人身体抬高离床面再进一步操作，严禁拖、拉、推、拽等，以免造成皮肤的擦伤。

6.3.5 活动照护 协助病人离床活动或进行必要的室内外活动，促进血液循环和体力恢复。

- 6.3.5.1 陪伴自理病人在室内或室外活动、锻炼。
- 6.3.5.2 协助活动不便的半自理病人坐起、站立或离床活动。协助病人离床活动操作流程见附录 B，表 B.5。
- 6.3.5.3 对能够坐起的病人，如有需求可推轮椅进行室内或室外活动。轮椅使用的操作流程见附录 B，表 B.6。

6.3.6 排痰照护

咳嗽：是人体防御反射。通过咳嗽可将呼吸道内分泌物和外界进入呼吸道的异物排出，保持呼吸道通畅，预防感染。

咳痰：指借助支气管黏膜上皮纤毛运动、支气管平滑肌收缩及咳嗽反射，将呼吸道分泌物从口腔排出体外的动作。

叩背：借助叩击所产生的振动和重力作用，使滞留在气道的分泌物松动，并移动到中心气道，最后通过咳嗽排出体外的方法。

6.3.6.1 协助叩背

- 适用于久病体弱、长期卧床、排痰无力者。咯血、低血压、肺水肿等病人禁止叩背。
- 应在饭前 30 分钟或饭后 2 小时实施，每天 3~4 次，每次 10~15 分钟。
- 叩击时五指并拢固定呈背隆掌空状，放松腕、肘、肩部，有节奏地叩击胸部和背部。切忌手掌平展进行拍击，以免引起疼痛，影响排痰效果。
- 叩背以 40~50 次/分的频率，自下而上，由外向内叩击。叩击的相邻部位应重叠三分之一，力量强弱一能使痰液顺利排出、病人能承受为宜。
- 叩背后指导病人有效咳嗽排痰，询问病人的感受，观察痰液情况。
- 叩背排痰过程中，病人如果出现气喘、心跳加快、面色青紫等情况，要立即停止。



6.3.6.2 协助有效咳嗽排痰

- 经常变换体位有利于痰液咳出。
- 选择饭前或饭后两小时实施。
- 协助病人取坐位或侧卧位。
- 先进行深而慢的腹式呼吸 5~6 次，然后深吸气至膈肌完全下降，屏气 3~5 秒，继而缩唇，缓慢经口将肺内气体呼出。
- 再深吸一口气，屏气 3~5 秒，身体前倾，同时收缩腹肌或用手按压上腹部，从胸腔进

行 2~3 次短促有力的咳嗽，帮助痰液咳出。

——咳痰后协助漱口，以去除口腔痰液气味。

6.3.7 排泄照护

6.3.7.1 协助使用纸尿裤 成人纸尿裤是卧床病人常用的护理类消耗品，在大小便失禁的情况下使用。纸尿裤结构上从内向外分为三层，内层紧贴皮肤，由无纺布制成，中间层为吸水绒毛浆，添加有高分子吸水剂，外层是不透水的塑胶膜。

纸尿裤的正确穿法：

- (1) 纸尿裤摊开后对折拉松让纸尿裤成凹槽弧形。
- (2) 将病人翻身侧卧，抽出用过的纸尿裤，清洁会阴部及肛周皮肤。
- (3) 将新纸尿裤平铺并穿过胯下，后片对齐脊椎，前片对齐肚脐，调整至前后等高。
- (4) 整理并摊开纸尿裤后片，包覆于臀部，翻回平躺姿势，使纸尿裤位于身体正下方。
- (5) 整理并摊开前片，注意保持纸尿裤中部的凹槽弧形，不要刻意拉平。
- (6) 将随心帖区域的一端拉至前腹部，适当调整上下位置，和背端对正，打开粘胶搭扣，粘帖于随心粘帖区域上。适当调整粘帖位置，确保纸尿裤完全贴合身体。向外拉平腿部立体护围，再次确认腿部和纸尿裤是否充分贴合、无间隙。

6.3.7.2 协助使用尿壶/便盆 协助卧床及生活不能自理的病人床上排泄。

——使用前先检查尿壶/便盆有无破损、裂痕，是否清洁干燥。

——尊重保护病人隐私，注意保暖，保持会阴部及肛周清洁，减少衣物污染。

——倾听病人主诉或观察其表情，掌握排泄规律，领会意图，提供帮助时态度和蔼。

6.3.7.3 协助使用坐便器 坐位排便时病人身体前倾，可增加腹压，促进排便，适用于体力较弱但能下床排便者。操作流程见附录 B，表 B.7 坐便器的使用。

6.3.8 睡眠照护

6.3.8.1 影响睡眠的环境因素

——适宜的温湿度：温湿度过高或过低都会影响睡眠。

——空气清新：睡前进行卧室通风换气，清除室内异味，使病人感觉呼吸顺畅。

——环境安静：室内外保持安静，减少噪声对睡眠的干扰。

——光线柔和：选用遮光性好的窗帘。睡前关闭大灯，适当开启光线柔和的壁灯或地灯，便于起夜。

——床铺和被服舒适：床铺软硬度适中，被褥干燥松软，枕头高度适宜。

6.3.8.2 照护睡眠障碍病人入睡

——创造良好睡眠环境，居室安静整洁，温湿度适宜。

——根据病人身体状况，调整合适的睡眠时间。

——按要求协助病人按时服用睡前药物。

——睡前用热水泡脚，促进血液循环、缩短入睡时间。

——叮嘱睡前不要进食过饱，以免引起胃肠不适。不喝浓茶或含酒精饮料，以免引起兴奋造成入睡困难。

——协助睡前排便，少饮水，避免夜尿增多影响睡眠。

——发现病人有嗜睡或睡眠呼吸暂停等异常情况，要告知家属，尽快就医。

6.4 居家病人的用药照护

护理员要遵照医嘱协助病人安全、正确地用药，做到药品名称、剂量、浓度、时间、给药途径准确。同时应熟悉病人所用药物的保管要求，熟悉药物相关不良反应以及用药注意事项，观察用药效果和和不良反应。

6.4.1 内服药

6.4.1.1 常用药服用注意事项

- 缓释片、肠溶片、胶囊吞服时不可嚼碎。
- 健胃药宜在饭前服；助消化及对胃黏膜有刺激性的要宜在饭后服；催眠药在睡前服；驱虫药在空腹或半空腹服用。
- 抗生素和磺胺类药物应准时服药，以保证有效的血药浓度。
- 磺胺类药和退热药，服后要多喝水。
- 酸剂、铁剂等会腐蚀牙齿或使牙齿染色，可用吸管吸入，服后及时漱口，以减少药物与牙齿的接触。
- 服用止咳糖浆等对呼吸道黏膜有安抚作用的药物，服后不宜立即喝水，以免冲淡药液，降低疗效。如同时服用多种药物，应最后服用止咳糖浆。

6.4.1.2 常见不良反应

- 胃肠道反应，如恶心、呕吐、腹痛、腹泻、便秘等。
- 泌尿系统反应，如血尿、排尿困难、尿少等。
- 神经系统反应，如发热、头痛、眩晕、失眠等。
- 循环系统反应，如心慌、心律不齐、面色苍白等。
- 呼吸系统反应，如咳嗽、胸闷、气促、气喘等。
- 皮肤反应，如皮炎、荨麻疹等。

6.4.2 外用药

6.4.2.1 滴眼药使用注意事项

- 动作轻柔，滴入药量准确，因角膜感觉敏感，药液不宜直接滴落在角膜上。
- 滴管末端勿触及睫毛或眼睑缘，以防污染。
- 用棉球紧压泪囊部，以免药液经泪道流入泪囊和鼻腔经黏膜吸收而引起全身不良反应。

6.4.2.2 滴耳药使用注意事项

- 动作轻柔，滴入药量准确。
- 注意使耳道变直，利于药液流入耳内。
- 滴管末端勿触及外耳道，以防污染。

6.4.2.3 滴鼻药使用注意事项

- 动作轻柔，滴入药量准确。
- 若为血管收缩剂，连续使用不超过3天，以防出现反跳性黏膜充血加剧。

6.4.2.4 皮肤给药注意事项

- 涂药前先清洁皮肤，如有破损要注意无菌操作。
- 根据药物性质选择适当用具涂敷药物，不可用手直接涂抹。
- 使用洗剂要充分摇匀，涂敷油膏类不宜太厚。
- 注意观察用药后局部皮肤反应，了解药物疗效。

6.5 居家病人的安全照护

6.5.1 跌倒的预防与照护

跌倒可导致病人局部出血、骨折、软组织损伤，甚至发生颅内出血，危及生命安全。

6.5.1.1 跌倒的内在风险因素

- 曾有跌倒史以及年龄超过65岁的老年病人。
- 意识障碍、反应迟钝、综合感觉功能下降。
- 肢体功能障碍、身体平衡性降低、偏瘫、步态不稳、步幅变短、行走不连续等。
- 白内障、偏盲、黄斑变性等致视力下降、视物模糊者以及听力下降等。

- 服用镇静安眠药、抗抑郁药、降压药、降糖药、利尿剂等。
- 情绪不佳或害怕跌倒等心理因素。

6.5.1.2 跌倒的外在风险因素

- 室内光线不足、地面湿滑、地面凹凸不平、楼梯及卫生间没有扶栏等。
- 拐杖、轮椅、椅子等用品摆放位置不合理，增加活动障碍。
- 衣着不合适、裤腿过长、鞋子不防滑等。
- 室外台阶较高、人多拥挤、雨雪天地面湿滑等。
- 搀扶病人时安全意识不强、照护方式不当、经验不足等。

6.5.1.3 跌倒的防范措施

——增强跌倒防范意识：对病人进行跌倒风险的评估，对跌倒高危病人要倍加谨慎。熟知发生跌倒时的应急措施。

——创造安全的环境：病人活动或行走范围内设置扶手，光线明亮，夜间开小夜灯；避免在室内随意摆放过多物品，保持走道通畅；常用物品放在伸手可及的位置；保持地面整洁、干燥，卫生间地面无积水，门不能反锁。

——着装适宜：穿防滑鞋，鞋子、服装尺码合适。

——活动安全保障：（1）卧床病人起床“三步曲”，即睡醒不要马上起床，平躺 30 秒再坐起，坐起 30 秒再站立，站立 30 秒再行走，避免突然改变体位；（2）病情允许的前提下才可洗澡，饥饿、饱餐时不宜洗澡，水温不宜过高，38~41℃，时间不宜过长；（3）指导协助病人正确使用床头灯、坐便器、助行器等设备；（4）上下楼梯要协助病人扶住扶手或牵着病人，看清地面再踩实，脚底完全踏在台阶上再起步。

——加强对病人防跌意识的宣教和指导：介绍防跌常识，嘱病人出现眩晕或有步行、改变体位、如厕、拿物品等需要时，要寻求护理员的帮助。

6.5.1.4 跌倒的照护

——病人跌倒后，护理员要保持冷静，了解病人状态，检查摔伤情况，并及时通知家属，必要时拨打急救电话联系就医。

——如意识清醒无明显外伤和不适，可协助扶其上床休息。

——扭伤者，要局部冰敷；出血者协助初步止血包扎；疑似骨折要进行初步固定。

——意识丧失者避免搬动，缓慢放平病人，头偏向一侧，并尽快急救。

6.5.2 烫伤的预防与照护

6.5.2.1 烫伤的危险因素

——生理因素：老年病人或体质虚弱的病人，因神经系统生理退化、皮肤组织老化而导致痛觉减退，对热的耐受能力降低，受热以后，易导致皮肤红肿、水疱、破溃等不同程度的烫伤。

——热应用因素：开水存放不当导致倾倒至病人身上造成烫伤；使用热水袋、电热毯、电护手宝等时，因温度过高、外表无包裹直接接触皮肤等造成烫伤，其中热水袋所致的烫伤最常见。使用红外线烤灯时的温度、距离调解不当也易导致烫伤。

6.5.2.2 烫伤的预防

——开水瓶应旋紧瓶口，并放于安全稳妥的位置，避免拿取不稳导致烫伤。

——使用热水袋前要检查热水袋有无破损，热水袋与塞子是否配套，以防漏水。

——感觉迟钝的病人使用热水袋，水温应低于 50 度，并包一块毛巾，避免直接接触皮肤。

——使用时间不超过 30 分钟；勤观察，经常检查局部皮肤情况。

6.5.2.3 烫伤的照护 烫伤正确的处理方法包括 5 个字，即冲、脱、泡、盖、送。

——冲：发现病人烫伤后应保持镇静，马上用冷水冲洗，可减轻局部组织水肿，避免损伤进一步加重。冷水温度约为 20℃，不可使用冰水，因冰水易造成二次创伤，冲洗时间 20-30

分钟以上，直到局部疼痛基本消失。颜面等部位不宜冲洗，可用毛巾冷敷处理。

——脱：身上衣物冲洗后尽量脱掉，避免继续接触皮肤。去除时不可撕破水泡，以免造成皮肤感染加重。

——泡：特殊部位，如手指、足部可放于冷水中浸泡，一般要泡 40 分钟到 1 个小时。

——盖：泡了一段时间以后，用干净的纱布或毛巾把创面包盖住，避免创面污染，或感染。

——送：及时到医院进行正规处理，不建议自行涂抹烫伤膏，使用偏方，甚至抹酱油、抹大酱等。此做法只会加重伤口污染，甚至影响伤口深度判断，处理起来较困难，可能还会产生瘢痕，从而延误伤口治疗和处理。

6.5.3 噎食的预防与照护

噎食指进食过程中，因吞咽障碍或没有充分咀嚼就下咽，导致食物团块不能下咽而阻塞食道，压迫呼吸道或者误入气道，常会引起窒息。

6.5.3.1 噎食窒息的识别 病人在进食过程中突然严重呛咳、呼吸困难、无法说话，出现面色苍白或青紫等一系列表现。

6.5.3.2 噎食的预防

——保持环境安静，喂食时稳定情绪，平静进食。

——食物要松软、易咀嚼和吞咽、易消化，避免煮鸡蛋、粽子、年糕等食物。

——牙齿缺失者进餐前安装义齿，方便嚼碎和吞咽。

——尽量坐位进食；卧床者尽量半坐卧位，颈部略前倾。

——进食细嚼慢咽，减少食量，放慢速度，适当饮水，促进唾液分泌。

6.5.3.3 噎食的应急照护

——判断病人发生噎食窒息，要保持冷静，立即呼叫家属并尽快拨打 120 急救电话。

——及时实施海姆立克急救法。海姆立克急救法见附录 C，表 C.1。

——密切观察病人意识、面色变化。

6.5.4 误吸的预防与照护

6.5.4.1 误吸的预防

——认识误吸危险因素，包括高龄、昏迷者、吞咽反射咳嗽反射降低者、肺部感染痰液阻塞者、胃潴留者等。

——有误吸风险者，护理员要加强防护，早期识别误吸现象。

——避免情绪紧张激动，喂食过程要耐心细致。

——尽量取坐位或半卧位进食，进食后保持 30 分钟后再平卧；喂食时出现呛咳要立即停止喂食，行俯身或侧卧，轻叩胸背部将食物咯出。

——偏瘫卧床病人喂食，取躯干仰卧位，头前屈，偏瘫侧肩部垫高，护理员在健侧喂食。

——食物要适应病人吞咽状态，以糊状食物为主。

——进食勿过急过快，吞下一口再吃一口；进食少而精，七八分饱即可。

——肺部感染者睡觉时取头稍高的右侧卧位，避免痰液反流进入呼吸道引起误吸。

6.5.4.2 误吸的应急照护

——病人在喂食时发生呼吸困难要立即停止喂食，通知家属并拨打急救电话。

——有义齿者要取出，以免损伤口腔。

——处于昏迷状态的病人可使其处于侧卧位，清理呼吸道。

6.5.5 心脏骤停的应急处理 一旦发生心脏骤停，如得不到及时抢救，4 至 6 分钟后会造成大脑和其他人体重要器官组织的不可逆的损害，因此心搏骤停后的心肺复苏术必须在现场立即进行，强调黄金 4 分钟。

6.5.5.1 心搏骤停的表现：

- 病人意识突然丧失或全身短暂性抽搐。
- 颈动脉搏动摸不到。
- 叹息样呼吸或呼吸停止。
- 皮肤苍白或紫绀。
- 双侧瞳孔散大。

6.5.5.2 心肺复苏 操作流程见附录 C，表 C.2。



- 叫：呼叫病人，无反应，判断有无呼吸。
- 叫：高声呼叫家属或邻居前来帮忙救人，并尽快拨打急救电话 120，详细说明地址、电话及患者的病情。
- C：胸部按压 30 次，频率至少为 100 次/分以上。按压时肩肘腕在一条线上并与病人躯干垂直，按压深度至少 5 厘米。
- A：开放气道。
- B：予人工呼吸 2 次，即胸部按压通气比值为 30:2。吹气时不能漏气，连吹两次，中间要松开病人的鼻孔让其出气。
- 重复胸外按压和人工呼吸，直到医疗救护人员到达。

6.5.6 火灾的预防和应急处理

6.5.6.1 火灾预防

- 加强消防知识学习与培训，掌握灭火器的使用方法。
- 注意居家用电、用火、用气的安全。
- 易燃易爆物品应放在阴凉、干燥、隔热处，避免阳光直射。
- 及时清理阳台、走廊、楼梯杂物，保证消防通道通畅。

6.5.6.2 火灾应急处理

- 发现小的火情立即用楼道的灭火器扑灭火焰，防止火情扩散，并查明起火原因。
- 电器着火：要立即切断电源，用二氧化碳、干粉灭火器或干沙土扑救，切勿向失火电器泼水，同时注意与电器和电线保持 2 米以上距离。
- 油锅起火：可将冷菜沿边倒入锅内，火可自动熄灭；也可用锅盖或大块湿布盖在起火的油锅上。
- 燃气泄漏：不要触动任何电器开关；不要用打火机、手电筒等照明；迅速关闭气源，打开窗门；如需报警要到远离现场的地方打电话。
- 发现较大火情通知家属邻居等，安抚病人情绪并帮助安全撤离，同时立即拨打火警电话 119。

6.5.7 地震的应急处理

6.5.7.1 震前预防措施

- 学习防震、避震等地震科普知识，平时备好地震应急包，并放置于固定、方便拿取的

地方。

- 清理家中杂物，使门口、楼道畅通，震后便于人员撤离。
- 将有毒、易燃、易爆物品转移到安全的地方。
- 熟悉周围环境，了解附近应急避难场所，地震时可沿指定路线及时疏散。
- 注意收听官方发布的地震信息，不听信地震谣传。
- 手机放在方便的地方，牢记急救中心，消防队、派出所等应急单位的电话号码。

6.5.7.2 震时避震撤离

——保持冷静，沉着应对，帮助病人就近躲避。居住一楼且室外较开阔、没有高空坠落物砸压情况下，迅速带病人跑出室外。居住二楼以上无法撤离时，迅速远离阳台、外墙及门窗，躲到坚实的家具旁、内墙角处或开间小地方（如厨房、浴室等），注意保护头、眼、口鼻。

- 关闭电源或气源，以免引发火灾和次生灾害。
- 撤离时不用电梯，双手或其他防护物护头，避开危险物、高耸或悬挂物。
- 如果被埋压，可用衣物捂住口鼻、防止泥尘吸入引起窒息，同时保持精力、体力、耐心等待救援。

6.6 居家病人的心理照护

病人可能会因为生病产生情绪波动，甚至会有心理负担，护理员要耐心陪伴病人，做好沟通交流，倾听病人需求和感受，给予关爱和支持，缓解其孤独感，观察病人的情绪和行为变化，提供必要的心理疏导和照护，增强病人的心理支持。

6.6.1 病人常见的消极情绪

- 孤独：因疾病导致健康状况下降，人际关系逐渐缩小，导致人际交往、认知或交流能力发生迟缓，感觉无法逃避。
- 抑郁：表现为沮丧、失望、缺乏愉悦感和自信心，对人和事物的兴趣下降。
- 焦虑：由于忧虑或恐惧引起情绪高度紧张的心理状态。罹患心脏病、糖尿病、高血压、脑卒中等慢性病的病人，焦虑水平更高。
- 怀疑：因患病而多疑，极度敏感，爱听恭维自己健康的话。
- 偏激：因疾病否定自我，常自责、自卑、自怜；或因生病而过高要求别人，希望得到他人照顾而不考虑他人的实际条件和能力。
- 失落：面临生病导致的社会经济地位、容貌、自理能力等变化，表现出若有所失而无所适从的感觉。

6.6.2 与病人的沟通交流

6.6.2.1 语言沟通

- 礼貌称呼病人，诚恳帮助病人解除戒备心理，建立尊重、信任的关系。
- 耐心倾听病人诉说，适当反馈，不带有偏见或表现出惊讶、厌恶等表情。
- 理解接纳病人的情绪和行为，适当提问，让病人感到护理员在认真听自己说话。
- 将病人表达不清晰的内容用自己理解后的语言表达出来，作为表达内容的解释说明。
- 适当中断病人重复的或表达不清的内容。

6.6.2.2 非语言沟通

- 保持良好的目光接触。
- 注意观察病人面部表情，捕捉沟通中传递的信息。
- 观察身体姿态，捕捉沟通中的情绪状态和行为信息。

6.6.2.3 沟通交流注意事项

- 了解病人的性格、职业、文化程度、生活习惯、喜好禁忌等相关信息，评估其理解能力、语言表达能力。

- 找出病人最关心、困扰的问题，确定沟通交流的目标。
- 根据病人喜好播放能够舒缓病人心情的音乐，减少导致沟通障碍的因素。
- 注意与病人的交流沟通方式及方法，对其进行必要的开导和劝慰，帮助病人舒缓情绪，鼓励积极面对和解决困难。
- 充分利用肢体语言，如握手、并肩而坐等，适当运用眼神交流。
- 避免强制性打断病人说话。
- 观察病人情绪和心理变化，倾听病人倾诉，发现异常及时与病人家属进行沟通交流。

6.6.3 与病人家属的沟通交流 与病人家属的有效沟通交流，可促进护理员与病人间的信任关系，提升照护效果。

- 日常通过微信、电话等方式向家属反馈病人身体状况、精神状态等，将病人真实的生活状态反映给家属，询问家属意见或建议。
- 病人健康情况出现变化时及时与家属沟通交流，发生紧急情况时家属可协助联系就医。
- 指导病人家属给予病人更多的陪伴、关心、爱护，帮助病人保持情绪稳定和心情舒畅。

7 服务质量评价

服务质量评价应基于客户满意度和服务质量标准进行评价，包括服务人员的专业技能、服务态度、服务质量等方面。可使用服务验收单进行评价，见附录 A，表 A.1。

服务组织机构应建立完善的服务质量持续改进机制，不断提高服务质量和病人满意度。

附录 A
(资料性)

表 A.1 服务验收单

客户姓名(病人)		电话			
客户姓名(家属)		电话			
客户家庭住址					
护理员姓名		电话			
服务时间		协议编号			
服务内容	评价				
	非常满意	满意	一般	不满意	非常不满意
仪容仪表					
服务态度					
卫生习惯					
病人护理					
改进建议:					
客户签名: 年 月 日					

表 A.2 生活自理能力评定

项目	评分标准	描述
1、进食	0分=需极大帮助或完全依赖他人	取食困难，需极大帮助或完全依赖护理员帮助；管饲饮食
	5分=需部分帮助（夹菜、盛饭等）	需要护理员协助取食或处理食物（如切碎、搅拌等）或只能使用汤匙进食
	10分=可独立进食	在合理时间内，独立使用餐具将食物送入口中、咀嚼、吞咽
2、洗澡	0分=依赖	需要在护理员帮助下才能完成
	5分=自理	能够独立完成洗浴、擦干等动作，会使用水龙头等设备
3、修饰	0分=需帮助	不能独立完成个人卫生活动
	5分=自理	独立完成洗脸、刷牙、梳头、剃须等个人卫生活动
4、穿衣	0分=依赖	不能或不会穿脱衣裤，需极大帮助或完全依赖护理员
	5分=需部分帮助	能自己穿脱，但需护理员帮忙整理，如系开纽扣，拉拉链、系鞋带等
	10分=自理	可独立完成
5、大便控制	0分=完全失禁	经常失禁，或完全依靠护理员帮助完成
	5分=偶尔失禁	失禁不频繁（每周<1次）
	10分=能控制大便	能控制大便
6、小便控制	0分=完全失禁	经常失禁，或完全依靠护理员帮助，导尿
	5分=偶尔失禁	失禁不频繁（每天<1次），或需护理员部分协助
	10分=能控制小便	能控制小便
7、如厕（包括便后清洁及整理衣服）	0分=需极大帮助或完全依赖他人	需要在护理员协助下才能入厕或使用便盆
	5分=需部分帮助	需护理员搀扶、帮忙冲水或整理衣裤等。知道如何使用便盆和保持个人卫生。
	10分=自理	可独立完成
8、床椅转移	0分=完全依赖	自己无法坐起或保持坐姿，只能以卧姿进行少量的活动
	5分=需极大帮助(2人)，能坐	极大程度上依赖护理员帮助和搀扶才能坐起/起立/活动
	10分=需少量帮助	由1人少量搀扶或语言指导等，可自行完成床/椅面间的转移
	15分=自理	可独立完成
9、步行活动	0分=不能动	卧床不起，完全依赖护理员帮助才能移动
	5分=需极大帮助	行走时极大程度上依赖护理员搀扶，或坐轮椅自行在平地移动
	10分=需部分帮助	需护理员轻扶、口头指导或使用拐杖等轻微协助
	15分=独立步行	能独立或借助步行器等完成站立、床椅转移、在房间活动
10、上下楼梯	0分=不能上下楼梯	需极大帮助或完全依赖他人
	5分=需要帮助（体力或语言指导）	需要护理员搀扶、使用拐杖或扶楼梯等才能上下楼梯
	10分=自理	可独立上下楼梯

注：ADL 评定包括进食、洗澡、修饰、穿衣、大便、小便、如厕、转移、行走、上下楼梯共 10 项内容，总分为 100 分，得分越高，独立性越强，依赖性越小。≤40 分为严重功能障碍，生活不能自理；45~60 分为中度功能缺陷，生活部分自理，大部分生活需要他人照护；65~95 分为轻度功能缺陷，生活基本自理，少部分需要他人照护；100 分为生活完全自理。

表 A.3 鼻饲异常情况的原因及解决方案

异常情况	可能原因	解决方案
恶心、呕吐、 呃逆打嗝	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 鼻饲速度过快或量过大 ◇ 胃排空延迟 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 降低鼻饲速度，减少鼻饲量 ◇ 促进胃肠蠕动 ◇ 对于顽固性呃逆可遵医嘱使用解痉药物
腹泻	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 鼻饲营养制剂成分单一 ◇ 鼻饲速度过快或量过大 ◇ 营养制剂渗透压过高 ◇ 药物影响（抗生素、含镁抑酸药） ◇ 鼻饲饮食受到细菌污染 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 推荐使用含纤维素的鼻饲营养制剂 ◇ 推荐使用含益生菌的鼻饲营养制剂 ◇ 减慢鼻饲喂养速度 ◇ 给予等渗营养配方 ◇ 鼻饲食物时避免与其他药物同时服用 ◇ 鼻饲时要注意手卫生，鼻饲容器与注射器要及时清洗干净，注射器每日更换
便秘	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 营养制剂水分不足 ◇ 膳食纤维不足 ◇ 胃肠道蠕动减弱 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 补充水分 ◇ 选用含有膳食纤维的营养配方 ◇ 喂后 30 分钟顺时针进行腹部按摩
胃潴留	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 喂养不耐受导致高胃残留量 ◇ 胃动力减弱 ◇ 鼻饲营养制剂量过大 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 若残留胃液超过 200ml，需延长灌注间隔 ◇ 必要时服用胃肠动力药，促进胃排空 ◇ 减少鼻饲量
反流、误吸	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 体位不当 ◇ 剧烈咳嗽 ◇ 鼻饲速度过快或过冷、过热 ◇ 胃内潴留过多 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 鼻饲时及鼻饲后半小时内抬高床头，避免翻身、咳嗽 ◇ 调整鼻饲量、温度、速度 ◇ 采用合适鼻胃管、定期更换鼻胃管
鼻胃管堵管	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 食物或药物未充分碾碎 ◇ 药物碾碎混合后因配伍禁忌产生凝块致堵管 ◇ 高热量、高蛋白营养要素不易溶解而凝聚成颗粒状 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 鼻饲前后用 20ml 温开水冲洗鼻胃管 ◇ 鼻饲液保证无渣，温度适宜 ◇ 鼻饲蛋白饮食时注意间接加温，避免蛋白凝固堵塞鼻胃管 ◇ 鼻饲多种食物或多种药物时，注意食物或药物之间的化学反应和配伍禁忌 ◇ 每 4 小时用 20 毫升温水脉冲式冲管 1 次 ◇ 堵管时用 20ml 注射器抽温开水或可乐反复冲管，冲管不成功需要更换胃管
鼻粘膜损伤	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 鼻胃管长期压迫、牵拉、摩擦刺激鼻粘膜 ◇ 胶布长期固定，导致鼻粘膜或皮肤糜烂、压力性损伤 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 及时清除鼻腔分泌物 ◇ 鼻胃管固定恰当，防止过度牵拉 ◇ 定时更换胶布、更换鼻饲管位置 ◇ 干燥时，可在鼻腔滴液体石蜡润滑 ◇ 鼻胃管脱出时，不可私自回插
胃管移位、 脱出	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 频繁咳嗽、呕吐 ◇ 翻身不慎脱落 ◇ 病人烦躁不适自行拔除 	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 适当用药减少咳嗽、呕吐 ◇ 妥善固定鼻胃管 ◇ 意识不清或配合不佳、存在自行拉扯胃管风险的病人，用约束带约束双手，注意松紧适度并且要定时放松。

附录 B
(规范性)

表 B.1 协助清洁口腔

操作步骤	操作说明
沟通解释	了解病情、意识状态、自理能力，进食、进水情况，口腔卫生状况。
	解释清洁口腔的目的和配合方法，取得合作。
操作准备	室内环境整洁，温湿度适宜。
	洗净双手，戴好口罩，准备棉棒或棉球、漱口杯、毛巾、压舌板、小碗、手电筒。
	取数根棉棒或棉球，放于漱口杯中浸湿，每次取一根棉棒或夹取一颗棉球，挤压至不滴水。
安置体位	摇高或垫高床头，协助病人侧卧或仰卧，面部侧向护理员，便于操作，防止误吸。
	在颌下和胸前铺毛巾，将小碗放在毛巾上，靠近病人口角旁，漱口杯放在床头桌。
观察口腔	用棉棒或棉球擦拭口唇，协助病人漱口（昏迷者禁忌漱口）。
	叮嘱病人张嘴，持手电筒观察口腔有无溃疡、出血等，检查有无活动性义齿。
擦洗口腔	擦拭牙齿外侧面（颊侧）：嘱病人张口，拿棉棒或用弯钳夹取棉球放入脸颊内侧，咬合上下齿，由内向门齿纵向擦洗牙齿的外侧面；同法擦洗另一侧。
	擦拭牙齿内侧面（舌侧）：嘱病人张开上、下齿，依次擦洗一侧牙齿的上内侧面、上咬合面、下内侧面、下咬合面，再“Z”形擦洗一侧颊部；同法擦洗另一侧。
	擦拭牙齿咬合面：嘱病人张口，螺旋形擦拭牙齿咬合面。
	擦拭颊部：嘱病人张口，自颊部内侧上部向下勾取食物残渣。同法擦拭另一侧。
	擦拭上腭、舌面：由内向外擦拭。注意不要触及咽部，以免引起恶心不适。
	擦拭舌下：嘱病人张口抬舌，擦拭舌下，并检查口腔是否擦拭干净。
漱口涂药	用温开水再次漱口（昏迷者禁忌漱口），擦净口角处水渍。
	检查口腔，口腔黏膜有溃疡、真菌感染等，酌情涂药于患处。
	按需涂擦润唇油。
整理用物	询问感受及有无其他需求，协助取舒适体位，整理床单位。
	清理用物并归位。
<p>注意事项：</p> <p>(1) 棉棒或棉球蘸水后必须挤至不滴水，以免水流入气管引起呛咳或误吸。</p> <p>(2) 每次漱口水量不要太多，以免呛咳或误吸。</p> <p>(3) 每个棉棒或棉球擦拭一个部位，动作轻柔敏捷，避免碰伤黏膜和牙龈。</p> <p>(4) 未擦拭干净的部位，应另取棉棒或棉球重新擦拭。</p> <p>(5) 每次张口擦拭时间不可过长，以 20~25 秒为限；在更换棉棒或棉球时，病人不必保持张口姿势，避免劳累。</p>	

表 B.2 协助床上洗发

操作步骤	操作说明
沟通解释	了解病情、意识、生命体征情况，情况允许才可操作。评估自理能力、头发情况、个人卫生习惯以及合作程度。
	沟通解释洗发目的和配合方法，取得合作。
操作准备	室内整洁、明亮，温湿度适宜，按需关闭门窗。
	护理员修剪指甲、洗手、戴口罩。准备卧床洗头盆、防水巾、毛巾、浴巾、纱布、2 个不吸水干棉球或耳塞、洗发液、梳子、水壶（内盛 40~45 度热水）、污水盆、电吹风。
	按需协助排便，移开床旁桌椅。
安置体位	协助病人平躺于床上，上半身斜向床边、头偏向一侧，在枕头上铺防水巾。
	松开衣领并向内反折，用干毛巾围于颈部和肩部并固定好。把铺有防水巾的枕头移到颈肩下。
	病人屈膝，可于两膝下垫软枕，使其体位舒适。
放置洗头盆	放置洗头盆于后颈部置，使头部置于洗头盆中间，洗头盆排水管下部接污水盆。
	用耳塞或干棉球塞住两耳，嘱病人闭眼，用纱布等遮盖双眼。
清洗头发	由发梢至发根适当梳理头发，梳去脱落的头发，缠绕成团置于纸中。
	试水温，确定水温合适后，将水缓慢倾倒入头发，充分湿润。
	在头发上均匀涂抹洗发液，双手指腹揉搓头发和按摩头皮，方向由发际向头顶部至枕后。一手抬起头部，另一手洗净脑后部头发。
	揉搓后用干净温水冲洗头发，直至洗净头发。
擦干头发	洗发结束，拿掉遮眼纱布和耳朵内的耳塞或棉球。
	解下颈肩部毛巾擦干脸部水痕并包住头发，一手托住头部，一手撤去洗头盆。
	协助病人躺到床正中，将盖有防水巾的枕头从肩下移到头部。
	用包头毛巾擦拭头发，再用浴巾擦干头发或用电吹风吹干。
梳理头发	协助坐位梳理头发，如不能坐起可平卧位、头偏向一侧进行梳理。
整理用物	协助取舒适卧位，整理床单位，还原床旁桌椅，开窗通风。清理用物并归位。
<p>注意事项：</p> <p>(1) 洗头时间不宜过长，减少不适和疲劳；病人极度衰弱的情况下不宜洗头。</p> <p>(2) 护理员要先在自己手腕内侧面试温，再用少量水在病人处试温，询问水温是否合适。</p> <p>(3) 洗头时避免水溅入眼睛、耳内或打湿被服。</p> <p>(4) 洗头时多与病人沟通，观察有无不适，出现异常立即停止清洗。</p> <p>(5) 及时更换或添加热水，及时擦干头发，以防着凉。</p> <p>(6) 吹干时注意控制电吹风的热度，避免烫伤皮肤。</p> <p>(7) 梳头发动作要轻缓稳，严禁强拉硬拽，以免造成疼痛不适。</p>	

表 B.3 床上擦浴

操作步骤	操作说明
沟通解释	评估病情、皮肤情况、自理能力和配合程度。 解释沟通，解除思想顾虑，取得配合。
擦浴前准备	关好门窗，拉上窗帘，室温调节在 24° C 以上。按需给予便器。
	用物准备：水桶 2 个（1 个装 50~52° C 温水，1 个装污水），3 个水盆，2 条浴巾，3 条毛巾，清洁衣裤 1 套，防水单 1 块，头梳、指甲刀、垃圾桶。
	协助病人移向床缘靠近护理员，并保持功能位。松开盖被移到床尾，用浴巾遮盖身体，一条浴巾铺在枕头上。
	将水盆放在床旁桌椅，倒入约 2/3 热水，调水温 50~52 度，防止受凉或烫伤。
擦洗面颈部	毛巾叠成手套状，包于手上，放入水盆浸湿。
	洗眼部：由内眦擦向外眦。
	洗脸、鼻、颈部：依“3”字形擦洗一侧前额、面颊、鼻翼、耳后、下颌直到颈部。同法擦洗另一侧。注意擦净耳后及颈部皮肤褶皱处。
擦洗上肢以及双手	脱去上衣（先脱近侧后脱远侧，有肢体活动障碍先脱健侧后脱患侧。）
	移去近侧上肢浴巾，将浴巾纵向铺在下面。由远心端向近心端方向从肩到手擦洗一侧上肢，协助侧卧，同法擦洗另一侧上肢。注意腋窝等皮肤褶皱处洗净。
	协助将双手放入水盆，洗净并擦干。
擦洗胸腹部	按需换水，测试水温。
	浴巾盖在胸腹部，护理员一手掀起浴巾一边，另一包有毛巾的手擦洗病人胸腹部，再彻底擦干胸腹部皮肤。
	女性应注意擦净乳房下的皮肤褶皱处。
擦洗背部	协助翻身侧卧，背向护理员，暴露背部和臀部，浴巾纵向铺于背侧下。
	依次擦洗后颈部、背部和臀部。
更衣平卧	协助穿上清洁上衣。先穿对侧后穿近侧，有肢体活动障碍者先穿患侧后穿健侧。
	协助平卧。
擦洗下肢、足部	换水并调好水温。为病人脱去裤子，浴巾纵向铺于近侧腿部下面。
	依次擦洗髋部、大腿、小腿，并以浴巾轻拍或擦干。
	协助屈膝，浴巾于病人脚下，垫橡胶单并放上水盆，托起小腿将足部放于盆内，浸泡擦洗足部。
	护理员移到床对侧，同法擦洗近侧下肢、足部。
清洗会阴部	浴巾铺于病人臀下，换盆换水换毛巾。
	清洗会阴部并擦干，女性应由耻骨联合向肛门方向清洗。换上清洁裤子。
整理用物	按需给病人梳头、修剪指（趾）甲，询问病人感受和需求，安置舒适卧位。
	酌情按摩骶尾部、足跟、内外踝，预防压力性损伤的发生。
	整理床单位，按需更换床单。拉开窗帘，开窗通风。清理用物并归位。
<p>注意事项：</p> <p>(1) 擦浴过程动作要轻柔敏捷，有伤口或导管应注意保护；减少翻动次数，防止着凉。</p> <p>(2) 注意保暖，根据水温和擦洗部位，及时添加或更换热水，更换水盆和毛巾。</p> <p>(3) 擦洗过程中注意沟通，观察其反应，如出现寒战、面色苍白、脉速等应立即停止擦洗，并予适当处理。</p> <p>(4) 注意脐部的清洁，擦净腋窝、腹股沟等皮肤褶皱处。</p>	

表 B.4 鼻饲照护

操作步骤	操作说明
评估解释	评估病情、营养情况、合作程度，以及鼻饲饮食的种类、量、温度
鼻饲前准备	环境、护理员、患者、鼻饲物品四方面准备
摆放体位	用软枕垫起病人上半身，使其呈半坐位或坐位。
	对于平卧的病人，护理员应协助垫高头部，垫巾围于病人胸前。
	在病人颌下垫毛巾，打开胃管末端包裹的纱布。
检查鼻饲管	检查鼻饲管位置，看鼻部胃管刻度标记有无移位，有无分泌物附着。如遇胃管滑脱应通知家属，联系医疗机构进行处理。
	检查鼻饲管是否在胃内：打开胃管末端盖帽，将灌注器与胃管末端紧密连接，一手按住连接处，一手拉开灌注器栓柄进行抽吸，有胃内容物被抽出表明胃管在胃内。推回胃内容物，盖好胃管末端的盖帽。
进行鼻饲	抽取 20ml 温开水，打开鼻饲管末端并注入，以确定鼻饲管通畅。
	抽取鼻饲液，每管 50ml，将少量鼻饲饮食滴于自己手腕内侧感受温度，以温热而不烫手为宜。在水杯中涮下外壁鼻饲残渣，打开鼻饲管盖帽与灌注器连接，以 10~13 毫升每分钟的速度缓慢推注。推注后立即盖好鼻饲管盖帽。
	将剩余鼻饲液重复抽吸、推注，直至全部推注完毕。推注过程中要观察询问病人有无不适感受。
	再次抽取 30ml 左右温开水缓慢推注，冲净鼻饲管内壁食物残渣，防止堵塞鼻饲管。盖好鼻饲管末端盖帽，用纱布包裹鼻饲管末端，用胶布缠绕固定，放于枕边或固定在病人衣领上。
	嘱病人鼻饲后保持体位 30 分钟，以防食物返流引起误吸。之后可协助病人恢复舒适体位休息。
整理记录	清洁病人面部，撤下垫巾、毛巾。
	整理床单位。
	清洗用物。灌注器在流动水下清洗干净，用开水浸泡消毒后放入碗内，上面盖纱布备用。灌注器更换频率为 1 次/周。
	洗手，在记录本上记录鼻饲的时间、种类、量，观察记录病人鼻饲后有无腹胀、腹泻等不适。

表 B.5 协助病人离床活动

操作步骤	操作说明
离床活动前的准备	评估病人身体活动能力和配合程度，移开障碍物，保证活动环境宽敞、安全。
	准备好辅助器具（手杖、助行器等）并检查其性能。
	为病人准备防滑合脚的鞋子，酌情添加衣物。
头颈、手部及下肢活动	把病人上身垫高呈半卧位，保持 3-5 分钟，头颈部稍微转动，活动手部关节和踝关节的屈伸活动。
床上坐起	扶病人坐起，后背垫软枕倚靠床头，保持 3-5 分钟，活动肘关节和上肢。
床边坐	坐于床边，双脚着地，用双腿支撑身体重量，保持 3-5 分钟。
床边站立	护理员扶助病人床边站立，可原地踏步 3-5 分钟，防止摔倒，没有不适可尝试走动。
自行或搀扶慢走	病人自行或使用辅助器具缓慢行走 10 分钟左右，必要时护理员协助搀扶病人慢走，以不感觉疲劳为宜。
<p>注 1：根据室内温度情况适当增加衣物，避免病人着凉。</p> <p>注 2：离床活动过程中，护理员要时刻陪护在病人身边，必要时协助病人床边坐、站、行走，循序渐进，防止摔倒。</p> <p>注 3：密切观察病情，如病人有不适要立即停止活动，协助坐于椅子上或卧床休息。</p>	

表 B.6 协助病人使用轮椅活动

操作步骤	操作说明
使用前的准备	评估病人身体活动能力和配合程度。
	移开障碍物，保证活动环境宽敞、安全。
	根据季节温度等酌情准备毛毯，别针，必要时备软枕。
	检查轮椅的轮子、座位、扶手、脚踏板、制动系统等各部件性能良好。
安置轮椅	轮椅推至病人床边，使椅背和床尾平齐，椅面朝向床头，或者轮椅与床夹角呈 30-45°，制动轮椅，掀起脚踏板。
协助入轮椅	扶病人床上缓慢坐起，双腿垂于地面，协助穿衣；护理员面对病人双脚分开站立，把病人双手搭在护理员肩膀上，护理员双手环抱病人腰部，协助病人下床站立在床边；告知病人用近轮椅一侧的手扶住轮椅外侧把手；病人转身坐入轮椅中；翻下脚踏板，帮助病人双脚置于脚踏板上；叮嘱病人扶好轮椅把手，用毛毯遮盖躯体保暖；整理床单位。
推送病人	打开车闸，平稳、安全地推动轮椅，注意观察病人情况。
协助下轮椅	将轮椅推至床尾，制动车闸，翻起脚踏板；护理员立于病人前面，两脚前后分开，屈膝屈髋，双手放于病人腰部；病人双手放到护理员肩膀上，协助病人站立，缓慢坐回床边；协助患者脱鞋子、衣服，卧床。
整理	协助病人取舒适卧位，盖好被子，整理床单位；轮椅退回原处备用；询问病人感受。
<p>注意事项：</p> <p>(1) 根据室外温度情况适当增加衣物、盖被（或者毛毯），避免病人着凉。</p> <p>(2) 协助坐入轮椅和下轮椅时，注意制动车闸，防止轮椅滑动和病人摔倒。</p> <p>(3) 推轮椅时速度要慢，并随时观察病人表现和询问感受，如感觉疲乏或不适，要就近休息或尽快返回。</p> <p>(4) 下坡时要减速，叮嘱病人头和背往后靠，并抓紧扶手；过门槛时翘起前轮避免过大震动。</p> <p>(5) 遇到障碍物或拐弯时，护理员要提前告知，保证病人安全。</p>	

表 B.7 协助使用坐便器

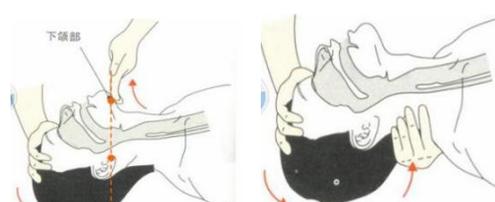
操作步骤	操作说明
协助坐起	协助病人床上坐起，整理好衣物做好保暖。
	协助于床沿坐稳，穿好防滑鞋，防止跌倒。
协助站起	护理员站在病人前面稍下蹲，双手抱住其腰部，双膝顶住病人双膝；
	嘱病人双手放于护理员颈后交叉相握，慢慢站起。
转移并坐到坐便器上	协助转移到坐便器前站稳
	协助脱裤子
	缓慢坐到坐便器上，坐稳（双脚与肩同宽，重心后移，扶住护栏）
排便后处理	协助清洁，保持皮肤干燥，洗手
	将病人转移到床上，协助取舒适卧位，整理床单位。
<p>注意事项：</p> <p>（1）排便后要手扶身旁支撑物（护栏、椅子等）起身，或由护理员协助站起。起身速度要慢，避免摔倒。</p> <p>（2）保护隐私，做好遮挡，消音、除臭。</p> <p>（3）坐便器要选择有靠背和扶手的。</p>	

附录 C
(资料性)

表 C.1 海姆立克急救法

操作步骤	操作方法
确定急救方法	评估病人意识、身形情况，选择正确的海姆立克手法。
实施海姆立克急救法  <p>The diagram illustrates the Heimlich maneuver in three steps. Step 1 shows a person standing behind the victim, with arms around their waist. Step 2 shows the rescuer's hands forming a fist, with the thumb side against the victim's abdomen, two fingers above the navel. Step 3 shows the rescuer leaning forward and performing a quick upward abdominal thrust. Labels include '示意图' (Diagram), '步骤①' (Step 1), '步骤②' (Step 2), '步骤③' (Step 3), and '肚脐上两指' (Two fingers above the navel).</p>	<p>立位腹部冲击法：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 施救者站在病人身后，双臂从腋下向前伸环抱病人。 (2) 一手握拳，拳眼朝内，放置于腹部正中肚脐上两横指处，另一手包住拳头，双手向内、向上快速有力冲击，反复实施。 (3) 提醒病人低头张口，便于异物排出。 <p>卧位腹部冲击法：</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) 先使病人仰卧，头偏向一侧。 (2) 两腿分开骑跨在病人髋部两侧。 (3) 一手掌根置于病人肚脐上方两横指处，两手掌根重叠，十指相扣，用掌根向内、向上连续冲击。 (4) 检查口腔是否有异物被冲出，将其取出。
判断救护效果	观察异物排出情况和病人反应

表 C.2 心肺复苏

操作步骤	操作方法
评估环境	环顾四周，解除不安全因素，确保环境安全，必要时做好自身防护。
评估意识	拍打病人双肩，对其双耳大声呼叫，观察有无反应。不要摇晃病人。
启动抢救程序	判断病人无意识，立即大声呼叫家属或呼喊邻居帮忙救人，并尽快拨打 120 急救电话，详细说明地址、电话及患者的病情。
评估呼吸	观察胸廓起伏情况来判断有无呼吸或有效呼吸，时间不超过 10 秒。
安置体位	使病人去枕、仰卧于地面或硬板床上。
	病人身体无扭曲，双上肢放于身体两侧，解开衣领裤带，暴露胸壁。
胸外心脏按压	定位两乳头连线的中点。
	双手掌根重叠置于按压部位。
	<p>手指抬高离胸壁，两臂伸直，肩、肘、腕关节呈一条直线，利用上半身的重量垂直向下按压。避免按压间隙倚靠在病人胸壁。</p> 
按压频率 100~120 次/分，成人按压深度 5~6 厘米，进行 30 次按压。	
开放气道	检查口鼻腔，清除分泌物，有假牙要取下。
	<p>仰面抬颌法：将一手小鱼际置于病人前额，使头部后仰，另一手食指和中指置于下颌骨骨性部分向上抬颌，使下颌尖、耳垂的连线与地面垂直。头部后仰法：施救者位于病人头部一侧，一只手将病人颈部托起，另一只手放于病人的额部并使头向后仰伸。注意不要仰伸过度引起伤害。</p> 
人工呼吸	捏住病人鼻孔
	<p>正常吸一口气，将病人的口完全包住，吹气，时间大于 1 秒；吹气完口唇离开，并松开捏鼻的手，使气体呼出。吹气时余光看胸廓是否有起伏，不要大力吹以防过度通气。</p> 
	再重复吹气一次。（胸外按压和人工呼吸比例是 30:2）
五个循环 CPR	进入下一个循环的胸外心脏按压 → 开放气道 → 人工呼吸
判断复苏效果	五个循环后判断呼吸、脉搏是否恢复，面色、口唇是否由苍白青紫变红润。未恢复再次进行五个循环的按压/通气，直到复苏成功或等到急救医护人员到达现场。